ORDENANZA "CS" Nº 203

ANEXO II- B

COMPENSACION POR GASTOS DE TRASLADO

DECLARACIÓN JURADA

DOCENTES NIVEL UNIVERSITARIO

Fecha Actual: / /

Apellido y Nombres: _____

Documento Tipo: _____ Nº _____

Domicilio: _____

Departamento _____ Localidad _____

Fecha Inicio de Traslado: / / Fecha Finalización de Traslado: / /

Establecimiento: _____

Departamento _____ Localidad _____

El/la abajo firmante DECLARA BAJO JURAMENTO que, a los fines de la percepción de la compensación por gastos de traslado, recorre hasta el establecimiento donde presta efectivamente servicios:

Seleccionar tipo de cumplimiento de actividades	
	Semanal
	Quincenal
	Mensual

LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA

Documentación adjunta:

.....

_____ _____

FIRMA DEL AGENTE

_____

AUTORIDAD COMPETENTE
(Firma y aclaración o sello)

Escaneado con CamScanner

ORDENANZA "CS" N° 203

ANEXO II-D

COMPENSACION POR GASTOS DE TRASLADO
MESAS DE EXAMEN NIVEL SUPERIOR

Fecha Actual: / /

Apellido y Nombres: _____

Documento Tipo: _____ N° _____

Domicilio: _____

Departamento _____ Localidad _____

Mesas de examen mes de: _____

Fecha de Mesa de examen Primer llamado: ___/___/_____-

Fecha de Mesa de examen Segundo llamado: ___/___/_____-

Establecimiento: _____

Departamento _____ Localidad _____

El/la abajo firmante DECLARA BAJO JURAMENTO que, a los fines de la percepción de la compensación por gastos de traslado, ha concurrido a las mesas de examen, hasta el establecimiento donde presta efectivamente servicios:

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
Primer llamado	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
Segundo llamado	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA

FIRMA DEL AGENTE

AUTORIDAD COMPETENTE
(Firma y aclaración o sello)

Escaneado con CamScanner